FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1968 N° 707

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

PASCAL, Jean-Charles

Ancien Interne provisoire des Hôpitaux psychiatriques de la Seine

Né le 17 Octobre 1940, à Paris.

Présentée et soutenue publiquement le

ASPECTS PSYCHIATRIQUES DES TROUBLES DU CLIMATÈRE. ÉTUDE NOSOGRAPHIQUE, SÉMÉIOLOGIQUE ET PSYCHO-PATHOLOGIQUE A PROPOS DE CINQ OBSERVATIONS.

Président : Mr. J. DELAY, Professeur.

DUPUYTREN-COPY

9, Rue Dupuytren

Paris (6e)

1968

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1968 N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

PASCAL, Jean-Charles

Ancien Interne provisoire des Hôpitaux psychiatriques de la Seine

Né le 17 Octobre 1940, à Paris.

Présentée et soutenue publiquement le

ASPECTS PSYCHIATRIQUES DES TROUBLES DU CLIMATÈRE. ÉTUDE NOSOGRAPHIQUE, SÉMÉIOLOGIQUE ET PSYCHO-PATHOLOGIQUE A PROPOS DE CINQ OBSERVATIONS.

Président : Mr. J. DELAY, Professeur.

DUPUYTREN-COPY

9, Rue Dupuytren

Paris (6e)

1968

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41523704_0053

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. ALAJOUANINE (T.), BENARD (H.), BERNARD (E.), BINET (L.), BULLIARD (H.), CATHALA (J.), CHABROL (E.), CHAILLEY-BERT (P.), CHEYMOL (J.), DEBRE (R.), FEY (B.), GALLIARD (H.), GAUDART D'ALLAINES (F. de), GENNES (L. de), GIROUD (A.), HAZARD (R.), HEUYER (G.), LAROCHE (G.), LAVIER (G.), LELONG (M.), LEVY (Mlle J.), LEVY-SOLAL (E.), LIAN (C.), MARCHAL (G.), MATHIEU (P.), MONOD (R.), MOREAU (R.), MOULONGUET (P.), PASTEUR VALLERY-RADOT, PETIT-DUTAILLIS (D.), PIEDELIEVRE (R.), QUENU (J.), RENARD (G.), SENEQUE (J.), STROHL (A.), TANON (L.), VERNE (J.).

DOYEN ..... Georges BROUET

1er ASSESSEUR : ..... Daniel BARGETON
2me ASSESSEUR : ..... Jean GOSSET

I.- PROFESSEURS

1°)- CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a)- Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
-	HUARD (P.)
Anatomie et cytologie pathologiques	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Bactériologie et virologie	TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
- -	POLONOVSKI (J.)
- -	DESGREZ (P.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)

MM.

Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
- -	DOGNON (A.)
- -	DJOURNO (A.)
Cancérologie expérimentale	MATHÉ (G.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	COURY (Ch.)
Histologie et Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
- -	COUJARD (R.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale, Droit médical et déontologie	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	N...
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
- -	KUSS (R.)
- -	VERNE (J.-M.)
Pathologie exotique	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
- -	BRICAIRE (H.)
- -	PEQUIGNOT (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	MAURICE (P.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.-R.)
-	LECHAT (P.)
Physiologie	BARGETON (D.)
-	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétric.	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	LAMOTTE (M.)
Thérapeutique appliquée	N...

b)- Professeurs à titre personnel :

Anatomie	CABROL (Ch.)
Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	NEZELOF (Ch.)

MM.

Bactériologie ..... BARBIER (P.)
Biochimie médicale ..... DREYFUS (J.-Cl.)
Biologie médicale ..... BOURLIERE (F.)
Parasitologie ..... LARIVIERE (M.)
Pathologie expérimentale ..... LOEPER (J.)
Physiologie ..... (DEJOURS (P.)
(SCHERRER (J.)
Physique médicale ..... (KELLERSHOHN (L.)
(GOUGEROT (L.)
(ROUCAYROL (J.-Cl.)
(TUBIANA (M.
Radiologie médicale ..... FISCHGOLD (H.)

2°)- CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a)- Professeurs titulaires :

MM.

Clinique carcinologique ..... DENOIX (P.)
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker) ..... REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais) ..... SOULIÉ (P.)
- - (Boucicaut) ..... LENEGRE (J.)
Cliniques chirurgicales (Beaujon ..... LORTAT-JACOB (J.-L.)
(- ..... BAUMANN (J.)
(Cochin ..... LEGER (L.)
(Hôtel-Dieu ..... PATEL (J.)
(Saint-Antoine ..... GOSSET (J.)
(Salpêtrière ..... SICARD (A.)
(Tenon ..... OLIVIER (Cl.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin) ..... MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
- - - (Foch) ..... PADOVANI (P.)
- - - (Beaujon) ..... CAUCHOIX (J.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades) ..... FEVRE (M.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais) ..... DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie thoracique (Laënnec) ..... MATHEY (J.)
Clinique dermatologique (Saint-Louis) ..... DUPERRAT (F.)
Clinique endocrinologique (Pitié) ..... DECOURT (J.)

MM.

Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades) ..... LAMY (M.)
Clinique chirurgicale et gynécologique (Broca) ..... HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis) ..... DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades) ..... TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard) ..... MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne) ..... DELAY (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais) ..... BERNARD (J.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière) ..... CASTAIGNE (P.)

Cliniques médicales
(Bicêtre ..... DEPARIS (M.)
(Broussais ..... MILLIEZ (P.)
(Cochin ..... N...
(Hôtel-Dieu ..... BARIETY (M.)
(Pitié ..... DREYFUS (G.)
(Saint-Antoine ..... CONTE (M.)
(Saint-Antoine ..... KOURILSKY (R.)
(Saint-Antoine ..... BOUDIN (G.)

Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat) ..... DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile et pédiatrie sociale (Enfants-Malades) ..... MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais) ..... JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies métaboliques (Hôtel-Dieu) ..... DEROT (M.)
Clinique néphrologique (Necker) ..... HAMBURGER (J.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié) ..... DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière) ..... GARCIN (R.)

Cliniques obstétricales
(Baudelocque ..... LACOMME (M.)
(Saint-Antoine ..... MERGER (R.)

Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal) ..... VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu) ..... OFFRET (G.)
- - (Cochin) ..... BREGEAT (P.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière) ..... AUBRY (M.)

MM.

Clinique de pédiatrie (Trousseau) ..... MOZZICONACCI (P.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul) ..... THIEFFRY (S.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laënnec) ..... BROUET (G.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière) ..... MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin) ..... COSTE (F.)
Clinique de rhumatologie (Lariboisière) ..... SEZE (S. de)
Clinique stomatologique (Salpêtrière) ..... CERNEA (P.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard) ..... ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine) ..... LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique (F. Widal) ..... GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique et orthopédique (R.-Poincaré) ..... JUDET (R.)
Clinique urologique (Cochin) ..... ABOULKER (P.)
- - (Necker) ..... COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau) ..... LAPLANE (R.)
Séméiologie médicale (A. Chantin) ..... DOMART (A.)
- - (Lariboisière) ..... BOUVRAIN (Y.)
- - (Pitié) ..... RAMBERT (P.)
- - (Rothschild) ..... WOLFROMM (R.)
Séméiologie et clinique chirurgicale (Broussais) ..... POILLEUX (F.)

b)- Professeurs à titre personnel :

Hématologie ..... (ANDRE (R.)
(BOUSSER (J.)
Hydrologie et climatologie ..... GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses ..... BASTIN (R.)
(AZERAD (E.)
(BOUR (H.)
(CAROLI (J.)
(DREYFUS (B.)
(GROSSIORD (A.)
Médecine ..... (LAMBLING (A.)
(LAUNAY (Cl.)
(PAYET (M.)

MM.

Médecine	(PERRAULT (M.)
	(SIGUIER (F.)
	(WORMS (R.)
Néphrologie	RICHET (G.)
Neuro-chirurgie	LE BEAU (J.)
Neurologie	LHERMITTE (F.)
Neuro-psychiatrie	PICHOT (P.)
Oto-rhino-laryngologie	MADURO (R.)
Pédiatrie	(POLONOVSKI (Cl.)
	(ROYER (P.)
Pneumo-phtisiologie	(KREIS (B.)
	(MEYER (A.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM.

Anatomie pathologique	GOUYGOU (Ch.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)
Biochimie médicale	(CARTIER (P.)
	(GONNARD (P.)
	(NORDMANN (J.)
Biologie médicale	HARTMANN (L.)
Chirurgie	CERBONNET (G.)
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (G.)
Maladies infectieuses	DUPONT (V.)
Neuro-psychiatrie	TARDIEU (G.)
Pédiatrie	ROSSIER (A.)
Physique médicale	(COURSAGET (J.)
	(GREMY (F.)
Physiologie	GIRARD (Fr.)
Stomatologie	CHAPUT (Mme A.)

III.- PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

MM.

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr.s.ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr.s.ch.

IV.- PROFESSEURS ASSOCIES

Hormonologie	MORICARD (R.)
Statistique médicale et épidémiolog.	SCHWARTZ (D.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Conseiller administratif	Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs	Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.), LE NOIR (G.)
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles DUROZOY (M.-F.), ROBERGE (D.), Dr. SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

Qui trouveront en ce travail le remerciement de leur fils pour les années de leur vie qu'ils lui ont consacrées, pour leur courage et leur amour.

A MA FEMME, Catherine.

A MON AMI

A MON GRAND-PÈRE,

Charles FONTANIÉ,

Officier de la Légion d'Honneur.

A MES GRANDS-PARENTS

En témoignage de
ma profonde affection.

A Monsieur le Professeur Jean DELAY

Professeur de Clinique des Maladies mentales
et de l'Encéphale

Membre de l'Institut (Académie Française)

Membre de l'Académie de Médecine

Qui a bien voulu me faire
l'honneur de présider
cette thèse.

Au Docteur D. KRAFT

Ophtalmologiste

et

Au Docteur E. ORIN

Ex-Chef de Clinique à la Faculté

Médecin Assistant des Hôpitaux de Paris

En témoignage de ma
gratitude et de mon
plus profond respect.

Aux Docteurs

Jean-Paul DESCOMBEY

Ancien Interne des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques

et

Jean-Pierre LAUZEL

Ancien Interne des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques

Qui m'ont initié à la Psychiatrie,

En témoignage de ma reconnaissance.

Au Docteur Bernard JOLIVET

Ancien Interne des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques

A qui je dois le sujet de cette thèse.

Au Docteur Hervé ELMALEH

En remerciement de ses conseils,

En témoignage de mon amitié.

Aux Docteurs

Madame le Docteur JOYEUX-QUERCY

Monsieur le Docteur Victor BERTRAND

Monsieur le Docteur Maurice LECONTE

Monsieur le Docteur J.J. RONDEPIERRE

Médecins-chefs des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine

Chez qui je fus interne,

Qu'ils veuillent bien trouver ici
l'expression de mon profond respect.

A MES AMIS MÉDECINS

les Docteurs

BOURON

GENTY

FERMAUD

LAUZEL

LECORRE

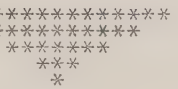
En témoignage de mon amitié.

A TOUS MES AMIS

ASPECTS PSYCHIATRIQUES DES TROUBLES DU CLIMATÈRE.

ÉTUDE NOSOGRAPHIQUE, SÉMÉIOLOGIQUE & PSYCHO-PATHOLOGIQUE

A PROPOS DE CINQ OBSERVATIONS.



La ménopause signifie l'arrêt définitif des règles et elle se situe classiquement entre quarante-cinq et cinquante-cinq ans. Si on compare les chiffres actuels à ceux qu'il était classique d'avancer au début du siècle, on observe un vieillissement important de la période climatérique, et ce surtout pour les femmes qui, de par leur activité, ont su acquérir une position sociale valorisante.

La ménopause ne représente pas seulement l'histoire d'un moment, mais, bien au contraire, toute une période commençant avant la dernière menstruation et se terminant de nombreuses années après celle-ci. D'autre part, la ménopause, loin d'être un état statique, est un état évolutif. "Les femmes très âgées ou castrées ne présentent plus de manifestations cycliques, alors que les femmes récemment ménopausées sont sujettes à des manifestations comparables à celles des femmes réglées..." (VERSERIS).

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1

Mademoiselle L..., 47 ans, célibataire, secrétaire, est adressée par son médecin pour un état dépressif avec tendances suicidaires.

Elle travaille depuis 17 ans comme secrétaire dans un grand journal parisien et supporte mal l'arrivée d'une collègue plus jeune qui prend une place de plus en plus importante.

Vie solitaire, quelques liaisons épisodiques ; la plus importante s'est terminée il y a quatre ans.

Enfance provinciale fruste ; parents distants, fraterie peu chaleureuse.

Sentiment de vieillesse prématurée et de dévalorisation.

Femme intelligente, analysant parfaitement sa situation : "Depuis cinq ans, je passe par des épisodes dépressifs certainement en rapport avec le milieu fatigant et angoissant dans lequel je travaille. Je vis seule...".

"J'avais beaucoup d'amis, il y a une dizaine d'années ; mais maintenant, ils sont tous mariés et cela m'a BEAUCOUP MARQUEE."

Somatiquement : troubles multiples dus à sa

ménopause, règles très irrégulières depuis quelque temps.

Entretien avec l'assistante sociale :

"C'est une femme qui est dans la maison depuis dix-sept ans ; elle a été adulée, gâtée, puis très entourés ; mais, peu à peu, ses amis se sont éloignés en se mariant ; d'autre part, au journal, on lui retire petit à petit les responsabilités dont elle était investie ; elle est devenue geignarde, larmoyante, susceptible".

AU TOTAL : Etat dépressif réactionnel à l'état ménopausique.

o

o o

OBSERVATION N° 2

Mademoiselle V... Suzanne, 58 ans, célibataire (Pharmacienne n'exerçant pas). Troisième hospitalisation en cinq ans.

Dépression évoluant depuis cinq ans, avec hospitalisations multiples. Depuis huit mois, bien que travaillant, se sentait fatiguée, triste, sans goût à rien. S'isolait, se "repliait".

Asthénique, difficultés à penser, sommeil irrégulier, ruminations, intolérance au bruit et autres.

Sentiment d'incapacité, d'indignité, ... désire la mort...

Sentiment d'incurabilité, de déchéance.

Idées de suicide actives.

Mademoiselle V... vit chez ses parents depuis toujours, n'a jamais eu de rapports sexuels ; elle a été fiancée, "il y a bien longtemps", dit-elle. (C'est elle qui avait rompu).

Elle ne supporte pas qu'on l'appelle Mademoiselle et considère sa situation comme tragique : "Je suis seule et je ne pourrai jamais briser ce cercle que j'ai moi-même, étant jeune, refermé sur moi".

Pas d'antécédents psychiatriques notables dans sa biographie.

AU TOTAL : Mélancolie d'involution évoluant par accès depuis cinq ans et survenant sur un terrain fragile s'étant décompensé à la prise de conscience ménopausique.

OBSERVATION N° 3

Madame P..., 56 ans, veuve depuis un an (vérificatrice). Première hospitalisation.

Vient pour un blépharospasme apparu il y a un an, lorsqu'on lui a annoncé que son mari, que l'on opérait pour une sciatique, avait une tumeur médullaire ; il devait décéder trois mois plus tard.

Antécédents :

- "Garçon manqué" durant son enfance ; adolescence très active.

- Premier mariage : deux grossesses extra-utérines ; à la seconde, on lui ligature les trompes. Le mari, qui voulait des enfants, finit par divorcer.

- Deuxième mariage avec un veuf ayant deux grands enfants ; très bonne entente.

Histoire de la maladie :

Caractère hyperactif ; anxiété exprimée vis-à-vis de la passivité ; après la mort de son mari, surviennent de multiples difficultés avec sa famille (Elle n'avait pas souscrit à l'exigence exprimée par le mari d'être incinéré : "Fais-moi un bon feu, avec des étincelles ...", lui avait-il dit en mourant !).

La malade raconte deux éléments phobiques apparus depuis la mort du mari :

- peur de mettre le feu à la maison en faisant la cuisine ;
- peur d'avoir un blépharospasme dans la rue et de se faire écraser par un camion.

En fait, dans le service, le symptôme oculaire était surtout présent lorsqu'elle voulait écrire à

sa belle-soeur (celle-là même qui lui avait reproché de ne pas avoir suivi les volontés du mari...).

Le tout évoluant dans un contexte fait de craintes vis-à-vis de sa déchéance. Se sent diminuée à l'idée de ne pouvoir reprendre son activité antérieure...

AU TOTAL : Blépharospasme hystérique survenant lors d'un élément conflictuel venant se surajouter à la période climatérique.

OBSERVATION N° 4

Madame B..., 26 ans, mariée, une fille de 4 ans (Secrétaire de direction).

Vient pour mésentente conjugale, dépression contingente, le tout évoluant dans un contexte névrotique hystérique (avec éléments de somatisation).

Mariée depuis sept ans : "Le mariage ne m'a apporté aucune satisfaction ; mon mari ne pense qu'à l'argent...".

En 1965, hystérectomie totale ; il s'ensuit une brusque décompensation psychologique et neuro-végétative ; les conflits conjugaux s'intensifient, désintégration du couple (plus de rapports sexuels). Sur le plan neurotonique, la malade se plaint de céphalées, vertiges, bouffées de chaleur, arthralgies... Frigidité.

Supporte très mal sa castration : "Je ne suis plus une vraie femme, je ne pourrai jamais plus avoir d'enfants ; qui voudra de moi ; je suis une "jeune-vieille" !". Le contexte dépressif est au premier plan, fortement teinté d'éléments hystéroïdes.

AU TOTAL : Ménopause chirurgicale avec phénomènes neuro-végétatifs et dépression hystériforme.

o

o o

OBSERVATION N° 5

Madame P..., divorcée (65), 48 ans (Psychologue). Une fille.

Antécédents :

Personnalité psychopathique présentant une ébauche délirante persécutive à peu près permanente, et ce depuis une trentaine d'années.

Depuis deux ans, cette ébauche prend l'allure d'un délire authentique avec éléments persécutifs et interprétatifs (pensait être suivie dans la rue, croyait qu'il y avait une table d'écoute branchée sur son téléphone...). Quelques éléments mégalomaniaques (s'estime très intelligente, brillante, extrêmement douée...). Richesse des thèmes sexuels (elle se dit très courtisée, multiplicité des aventures). Eléments éroto-maniaques. Parallèlement à cette décompensation psychiatrique, de grosses difficultés matérielles viennent se surajouter : perte de son emploi (Psycho-technicienne) et impossibilité d'en retrouver un autre.

Au cours de son hospitalisation, elle fait une grossesse nerveuse ; la négativité des RBG et les résultats négatifs des consultations produisent une décompensation sur le mode dépressif.

AU TOTAL : Fixation délirante à thèmes persécutifs et mégalomaniaques, s'étant précisée et définie lors de la ménopause.

RAPPEL ENDOCRINOLOGIQUE

= La PREMIERE PHASE ou phase dite de "préménopause" ou encore phase hyperoestrogénique, commence à la fin de la maturité sexuelle. Il persiste alors des saignements utérins, mais ils sont soit totalement acycliques, soit en alternance avec des cycles normaux. La formation du corps jaune ne va pas jusqu'à sa maturité ; parfois, il ne s'agit d'ailleurs que d'une perturbation de la fonction sécrétoire.

Quoi qu'il en soit, il se produit une baisse très nette de la sécrétion de progestérone ; à ce stade, l'hormone folliculaire est seule encore produite ou, tout au moins, en quantité très supérieure à la progestérone. Les hémorragies, la congestion pelvienne, le prurit qu'on observe alors sont l'effet d'un endomètre hyperplastique ou sont dus à des phénomènes dits de surimpression à la folliculine.

= La SECONDE PHASE, ou phase dite de "ménopause vraie", comprend deux plans principaux :

- Un plan hypo-oestrogénique, où la sécrétion ovarienne cesse plus ou moins brusquement. Cette phase commence au moment où la production ovarienne hormonale devient insuffisante pour assurer la prolifération de l'endomètre et où, par conséquent, il n'y a plus de saignement.

- Puis, vient la phase polygonadotrope : c'est une réaction à la déficience de la fonction ovarienne

et elle se manifeste au moment où la sécrétion ovarienne a tant baissé qu'elle ne suffit plus à exercer une action freinatrice sur l'antéhypophyse.

C'est une période particulièrement importante, car elle entraîne un déséquilibre diencéphalique qui peut être à l'origine de troubles endocriniens et de perturbations psychiatriques pour certains.

Signalons enfin la fréquence des hyperthyréoses, par suite de libération générale de sécrétion anté-hypophysaire (l'excrétion des gonadotrophines urinaires atteint, durant cette phase, des taux élevés, de l'ordre de 20, 100, voire 150 unités-souris (24 heures)).

= La TROISIEME PHASE, ou phase dite de "post-ménopause", ou encore phase oligo-hormonale : toutes les sécrétions sont taries ; c'est la phase dite d'involution, avec disparition pratiquement complète de toute fonction génitale ou hormonale.

Ces éléments sont destinés à tracer succinctement la trame hormonale sur laquelle vont évoluer les troubles de la ménopause.

On a classiquement scindé les troubles psychiatriques de la ménopause en troubles mineurs ou majeurs. Par troubles mineurs, on distingue plus spécialement les troubles neurotoniques et les troubles dits du "caractère" ; on a réuni, dans les troubles majeurs, les névroses graves et bénignes et les psychoses. En fait, c'est une classification par trop schématique, car il est des névroses bénignes qui peuvent très bien entrer dans le cadre des troubles mineurs, et des névroses graves qui ont leur place, de fait, dans les troubles majeurs.

ÉTUDE NOSOGRAPHIQUE ET SÉMÉIOLOGIQUE

A - TROUBLES MINEURS.

Il convient, pour bien les comprendre, de préciser le contexte dans lequel une femme vit sa ménopause : c'est pour elle une étape capitale et difficile ; bien que se sentant souvent en pleine maturité physique et morale, la carence de sa fonction génitale est, pour elle, la première marche de la sénescence. La cinquantaine est aussi l'époque des "bilans" ; elle évalue le chemin parcouru, la plus ou moins grande réussite de sa vie professionnelle, sentimentale, sociale... On conçoit alors qu'il puisse se créer, chez elle, un "fond de tristesse" qui sera plus ou moins bien accepté selon qu'elle aura ou non des compensations dans sa famille ou dans son métier, ce dernier pouvant, en la valorisant, atténuer son désenchantement.

Nous ne ferons que citer les troubles fonctionnels et les perturbations neurotoniques, qui sortent du cadre défini à notre étude, pour insister sur les troubles dits du caractère. Ces troubles, faits d'instabilité, d'irritabilité, d'attitudes négatives et de conduites acariatres, ne font que représenter, de la façon la plus directe, une réaction d'opposition au caractère inéluctable du vieillissement et à ses conséquences. Il faut également noter les attitudes de surcompensation : manifestations vestimentaires et gestuelles tendant à nier les évidences de la situation climatérique ; ces manifestations peuvent aller jusqu'à des attitudes régressives (la "petite fille"), mais nous sommes ici aux extrêmes

limites des troubles mineurs.

Sexuellement, il peut s'installer, soit une diminution progressive de l'appétit sexuel, pouvant parfois confiner à une répugnance vraie, soit au contraire un accroissement du désir sexuel, atteignant parfois une intensité telle que le terme de troubles mineurs ne lui est plus approprié. MARANON a, d'ailleurs, évoqué tous ces phénomènes dans son livre "L'âge critique" :

"... et même si ces efflorescences automnales n'entraînent pas des écarts de conduite plus ou moins scandaleux, les hommes, partageant depuis longtemps la vie des femmes qui traversent cette crise, peuvent souvent attester que, femmes ou épouses de tempérament moyen ou franchement frigide, elles semblent se réveiller subitement et témoigner d'une affectivité collante et d'une aptitude physique à l'amour qui peut même créer, si le partenaire est fatigué ou absorbé par ses préoccupations sociales, une dysharmonie sexuelle...". (G. MARANON - "L'âge critique. Etude pathogénique et clinique". Paris, Alcan, 1934).

Mais les perturbations psychologiques de la ménopause ne se limitent pas à ces cas dits "a minima" et il est des expressions majeures.

B - TROUBLES MAJEURS.

LES NEVROSES

- La DEPRESSION NEVROTIQUE de la ménopause n'est pas que l'expression plus marquée des perturbations classiques que nous envisagions lors des troubles mineurs ; elle possède, bien au contraire, une entité bien définie ; il existe ici un contexte dépressif plus net. On trouve, en effet, une insomnie, une anorexie, une asthénie difficilement réduc-

tibles, des céphalées, des vertiges, des troubles mnésiques, un dégoût général, que la femme exprime d'une manière permanente et revendicante (Observation N°1).

- L'ANXIETE doit être considérée comme une des manifestations les plus fréquentes, sinon contingentes, des perturbations du climatère, tant dans son expression psychologique (pessimisme et inquiétude, investigation du milieu et du contexte en tant que générateur de catastrophes), que dans son expression somatique (oppression thoracique, crampes gastriques, boule dans la gorge, etc...), tous éléments qui ne manqueront pas de venir se surajouter aux multiples préoccupations hypochondriaques.

On peut également assister à de grandes manifestations anxieuses à type d'agitation désordonnée et fébrile, ou à l'opposé à de véritables bouffées anxieuses inhibitrices qui seraient relativement spécifiques du climatère.

- Il est, à l'inverse de ces phénomènes en retrait, des FORMES STHENIQUES de ces perturbations névrotiques et on connaît bien ces jalousies tenaces, virulentes, agressives, d'apparition brusque, s'accompagnant de revendications multiples et de volonté d'affirmation, où MARANON voyait une signification viriloïde, venant s'ajouter aux autres manifestations virilisantes : voix et système pileux.

- Les MANIFESTATIONS PHOBO-OBSESSIONNELLES.

Réactions phobiques tout d'abord, réactions qui ne se distinguent en rien des troubles phobiques habituels, si ce n'est par l'acuité toute particulière des phobies d'impulsion. Signalons également la fréquence relative de la phobie de la grossesse (qu'il faut savoir différencier de la conviction délirante d'être enceinte. - Cf. l'observation de MENGER, ROUSSIN et de LAPANGE - Annales médico-psychologiques, 1954). Cette peur de la grossesse n'est, en fait, que l'expression à peine marquée d'un désir de grossesse désormais impossible, volonté d'une prolongation de sa vie génitale ; mais également, peur de

mourir, peur du cancer, peur de la solitude, peur de la foule.

Quant aux phénomènes obsessionnels, plus rares, ils sont représentatifs soit de phénomènes a minima, soit d'une décompensation "vraie" sur le mode obsessionnel.

Citons, pour conclure, les manifestations hystéroïdes, qui non seulement accompagnent la majorité des troubles névrotiques de la ménopause (surenchère, fabulation, théâtralisme, labilité de l'humeur), mais qui parfois confinent à un syndrome hystérique vrai avec phénomènes de conversion, dont on sait les difficultés thérapeutiques (Observation N° 3).

LES PSYCHOSES

≈ La mélancolie et la manie.

Il faut d'abord évoquer la dépression mélancolique considérée comme la psychose involutive la plus fréquente (On a donné le chiffre de 66 % des perturbations psychiatriques majeures).

On a isolé une forme spéciale de mélancolie, dite "mélancolie d'involution". Seuls quelques éléments permettent de différencier de la dépression endogène classique. La dépression mélancolique est classiquement précédée de troubles psychiques et somatiques : anorexie, palpitations, malaises, irritabilité, humeur dépressive. Mais, on a également souligné la fréquence relative des débuts brutaux, à la suite d'un stimulus quel qu'il soit.

Les dépressions mélancoliques s'observant à la ménopause sont extrêmement polymorphes et, à côté des idées classiques de ruine, d'indignité, de déchéance, accompagnées d'une volonté d'autolyse exprimée avec force et détermination, on trouve avec une fréquence relative un délire de négation. "La mélancolique se plaint de "ne pas avoir un corps comme

tout le monde" ; elle se sent vide, intestins bouchés; le coeur est glacé et n'existe plus ; parfois, elle nie même son existence". (H. EY).

D'autre part, il est classique de noter une relative absence d'inhibition et la possibilité d'une activité hallucinatoire (LANGE) ; l'importance de l'anxiété et l'absence pratiquement complète d'inhibitions ont été notées. ESQUIROL signalait que, sur 198 femmes s'étant suicidées, 77 avaient de 40 à 50 ans. (Cf. observation N° 2).

Pour ce qui est de la manie, les crises de manie isolée sont très rares. Elles se présentent généralement dans un contexte cyclique ; tous les degrés sont représentés, depuis la simple subexcitation, gestuelle et logorrhéique, jusqu'à l'état maniaque aigu, avec exaltation psychique et motrice, chez une malade bruyante et exubérante, souvent vêtue de façon voyante, aux propos caustiques et agressifs où l'on remarque l'importance des thèmes érotiques et triviaux, pouvant se traduire par un désordre sexuel bruyant et démonstratif. Cette agitation violente et querelleuse s'accompagne fréquemment d'un appoint exogène (ABELY). L'alternance d'états maniaques mélancoliques, quelle que soit la fréquence ou l'importance des composantes, réalise et caractérise la cyclothymie.

= Les états délirants.

- Tout d'abord, les bouffées délirantes climatériques ou psychoses délirantes aiguës de la ménopause. Ce sont des états d'excitation délirante dont les thèmes sont des persécutions, des délires de grandeur, des délires religieux, de possession démoniaque, ou divins, avec leur riche cortège hallucinatoire, qu'il soit visuel, auditif ou tactile.

ABELY, JOLIVET, BAUDOIN et BLANC signalent, à ce propos, dans leur étude des "syndromes délirants de la ménopause en dehors des syndromes mélan-

coliques", la toute particulière richesse de la game psychotique, richesse qu'on ne retrouve guère que dans les psychoses puerpérales. Les auteurs insistent sur la toute particulière fréquence actuellement des états maniaques ménopausiques, fréquence qu'ils pensent directement en relation avec une plus grande émancipation sociale et des appoints toxiques exogènes concomitants. Ils signalent enfin les particularités des délires préménopausiques (érotomanie, thèmes hypochondriaques et de jalousie).

La variabilité de l'état thymique, lors de ces psychoses aiguës, est liée à l'intensité avec laquelle la malade vit son délire et y participe. Les réactions peuvent donc être violentes, passionnelles, dépressives ou pseudo-maniaques. Les bouffées délirantes sont caractérisées par l'éclosion brutale de ces délires transitoires, généralement polymorphes dans leurs thèmes et leurs expressions. (Observation N° 4).

Il faut noter la fréquence toute particulière des sensations et des thèmes érotiques ou simplement génitaux, lors des délires climatériques. Rappelons, à ce propos, la remarquable observation de MENGER, RAUSKIN et LAPANGE (déjà citée plus haut) :

= Mme A..., 50 ans, veuve depuis 15 ans environ et ayant "subi", six mois auparavant, un rapport sexuel auquel elle reconnaît avoir consenti; il s'ensuit une phase de remord et de dépression. Quelque temps après, arrêt de la menstruation et début d'un thème délirant de grossesse résistant à toute tentative de mise au point.

Les auteurs insistent sur la coïncidence d'une époque de fragilité de l'équilibre psychologique avec un "événement" : "ici, reprise d'une vie sexuelle depuis longtemps abandonnée, génératrice d'appréhension, d'inquiétude, du réveil brusque et éphémère d'espoirs anciens d'épanouissement et de plénitude..".

- A côté de ces formes aiguës, la ménopause

peut donner lieu à des états chroniques ou subchroniques, parmi lesquels nous ne retiendrons que trois états majeurs, et ce de par leur fréquence dans les troubles climatériques.

. Tout d'abord, le délire de relation des sensitifs. Il est très fréquent, à ce stade de la vie génitale, avec son hyperémotivité, ses hésitations, son désir permanent de se situer par rapport aux autres. C'est, en fait, un délire de relation, de relations difficiles avec la famille, avec les voisins, avec les autres, la malade croyant être l'objet de malveillance, d'attention gênante et inquiétante, - tous ces phénomènes étant vécus sur un mode anxiogène et hyposthénique.

. Il faut citer aussi les délires érotomanes, si fréquents pendant la ménopause : illusion délirante d'être aimée, qui évolue classiquement sans hallucinations, bien qu'en fait les dialogues avec l'objet ne soient pas rares.

. Signalons, enfin, les rapports étroits liant la paranoïa d'involution (phénomènes délirants multiples très systématisés avec hallucinations et automatisme mental) à la ménopause.

= Problème des épilepsies et de la ménopause.

La qualité épileptogène de la ménopause est actuellement très discutée. Bien que des crises épileptiques soient apparues lors de l'involution des gonades, il semble, en fait, qu'on ait voulu faire ce rapprochement dans le seul but de faire un parallélisme avec l'épilepsie cataméniale.

= Problème des "ménopauses" chirurgicales.

Rappelons que la ménopause chirurgicale provoque d'emblée le stade de ménopause et que, par là, les retentissements psychologiques sont souvent très

marqués. En effet, l'intervention est une castration vraie : la femme castrée est souvent plus jeune, elle n'a pas été préparée affectivement à cette évolution (Observation N° 5). Les décompensations peuvent se faire indifféremment sur le mode névrotique ou psychotique.

On voit ainsi que les affections psychiatriques de la ménopause couvrent pratiquement la totalité de la pathologie psychiatrique. C'est d'ailleurs ce qui a conduit certains à nier toute individualité psycho-pathologique à l'âge critique (CHASLIN et HAVEN), estimant par là qu'il ne s'agissait que d'un terrain fragilisé et qu'il n'existait pas de genèse pathologique propre à cet état hormonal et à sa particularité psychologique.

ÉTIO-PATHOGÉNIE

Elle doit être envisagée sous trois aspects.

1 - ENDOCRINOLOGIQUE, tout d'abord, en étudiant l'éventuelle relation de causalité existant entre les modifications hormonales et les troubles climatériques ; sa réalité a été affirmée par bien des auteurs, sans pour cela s'accorder sur la valeur relative des perturbations :

- Hyperthyroïdie (phase polygonadotrope, pour MARANON) ;

- Hyperfolliculinémie, hypofolliculinémie, pour d'autres ...

Certains ont établi un parallélisme étroit entre les taux d'hormones circulantes et telle ou telle affection psychiatrique, estimant que le phénomène pathologique était dû directement à la privation pour l'organisme d'une substance à laquelle il était habitué.

En fait, il semble que cette attitude soit critiquable, et ce sur plusieurs plans :

Les perturbations psychiatriques sont dues, non pas à la modification du taux d'hormones directement, mais à la conséquence de cette modification, car on n'a jamais pu créer de perturbations hormonales sans qu'il y ait des répercussions somatiques : aménorrhée, virilisation, bouffées de chaleur, etc... ; il peut être alors délicat de rattacher des perturbations psy-

chologiques au seul taux de l'hormone circulante et non aux phénomènes somatiques indirects, ressentis par la femme et vécus par elle comme une agression.

Citons, pour conclure, les expériences de VEZIRIS, qui nous apprend "qu'il n'y a pas de différence significative entre un taux élevé de FSH urinaire et la diminution ou la disparition de ces troubles sous l'action d'un traitement hormonal." Ce qui termine notre discussion sur ce point.

2 - PSYCHO-PATHOLOGIQUE ensuite, pour mettre en évidence les facteurs dits favorisants quant à une éventuelle décompensation. Cette étude a pu se définir dans une attitude circonférentielle allant du centre (le sujet) à la périphérie (le contexte social), en passant par un point intermédiaire (la famille).

1°- Le sujet, et c'est évoquer la primauté du terrain.

Il est bien évident que les perturbations mentales climatériques apparaîtront avec une fréquence plus grande chez la femme ayant déjà présenté des troubles psychiatriques névrotiques et psychotiques. (Il ne faut pas cependant faire de cette constatation un impératif, et il est des ménopauses difficiles survenant chez des femmes jusque là indemnes de toute atteinte psychiatrique et évoluant dans un contexte affectif favorable). Notons toutefois que la pathologie du climatère ne reproduit pas obligatoirement l'affection psychiatrique première.

On peut également rapprocher de cette notion de terrain, les facteurs affectifs et émotionnels que nous évoquions plus haut : acceptation plus ou moins bonne, voire nulle, de cette étape capitale du vieillissement, abandon de la fonction de reproduction, disparition de l'activité cyclique, gage jusque là fidèle de sa féminité ; tous éléments d'autant plus mal vécus que la femme est nullipare,

seule ou dévalorisée. Mais, c'est déjà évoquer :

2°- Le contexte social.

Ce contexte doit être, nous semble-t-il, étudié sur deux plans, car il est totalement différent selon les modalités d'investissement pratiquées par la femme ménopausée, et c'est dire l'acceptation souvent plus facile du climatère par les femmes n'ayant pas centré leur vie sur leur féminité (jeune-fille-épouse-mère), mais au contraire ayant acquis dans la société une position valorisante et, par là, indépendante, dont l'appoint gratifiant favorisera le passage délicat de l'âge critique.

Nous signalons ici l'essentiel soulagement que peut apporter la ménopause aux femmes n'ayant jamais pu assurer leur féminité... (soulagement qui peut, d'ailleurs, précéder nombre d'éléments pathologiques...).

3°- La famille.

C'est, en fait, dans l'élément familial que peut se résoudre l'ambiguïté de la situation climatérique ; toutefois, le départ des enfants (mariage, service militaire, revendication d'indépendance), l'attitude plus ou moins indifférente du mari, souvent peu apte à assumer son rôle psychothérapique (nécessité de l'information par le médecin de famille) sont autant d'éléments qui peuvent fragiliser cette "soupape" de sécurité que représente le ciment familial.

3 - ANALYTIQUE.

Les psychanalystes ont prétendu descendre plus avant dans la compréhension psycho-pathologique du "retour d'âge", sans d'ailleurs refuser les explications biologiques en tant qu'hypothèses non vérifiables actuellement.

C'est sur un autre terrain qu'ils se placent, celui du vécu, lié à la signification relationnelle et personnelle d'un phénomène biologique, la ménopause. A vrai dire, l'arrêt de la fonction n'est que l'élément central, le symbole de tous les vieillissements.

La ménopause, c'est avant tout la perte réelle d'une fonction sexuelle double : perte de la possibilité de procréer, et annonce d'une autre perte plus ou moins lointaine : celle de la possibilité du plaisir sexuel génital. Les femmes ressentiront plus ou moins douloureusement cette double perte, selon les investissements qu'elles en avaient fait, selon les sublimations qu'elles avaient opérées d'autre part.

La souplesse des investissements, caractéristiques des "moi" forts, permettra aux femmes les moins névrosées d'avoir, au moment critique, une palette suffisamment riche d'investissements affectifs (mari, enfants, amis, animaux, objets), activités diverses, avec une mobilité suffisante d'un investissement au voisin, pour que la rééquilibration de l'économie psychique puisse se faire sans trop de heurts; après une période de flottement, la dépression sera évitée. Naturellement, le rôle de l'entourage sera capital.

Toutes les femmes névrosées dont la formule d'investissements était fausse seront plus exposées : une femme ayant, par exemple, peu de liens érotiques avec son mari (frigide) et dont l'essentiel du lien conjugal était représenté par les enfants, souffrira peu de la perte (relative) du plaisir sexuel, l'abandonnera même avant la limite possible, mais se déprimera devant la perte, celle-là irrévocable, de la faculté de procréer, après plusieurs grossesses nerveuses au début de la ménopause.

De la même façon, les femmes qui auront eu des réalisations pauvres dans les domaines sexuel, mais aussi professionnel, par exemple, seront fragiles. C'est que, jusqu'à un âge assez avancé, les femmes

peuvent vivre en oubliant leur carence. Elles gardent plus ou moins consciemment un espoir et vivent heureuses en ayant remis "sine die" la réalisation de leurs désirs secrets. Ce "peut-être un jour"... permet de franchir les années, jusqu'au jour où les premiers signes du vieillissement remettent en cause le système.

Ceci peut survenir très tôt chez les femmes, à partir de 35 ans ; la dépression sera mise en jeu à partir d'une brèche narcissique irréparable : cet idéal du moi de chacun dont la proximité reste la garantie du bonheur, les sujets le verront s'effacer à jamais.

Plus l'exigence narcissique du sujet aura été importante et plus l'idéal du moi aura été mégalomaniaque, plus la ménopause aura de chances de mal évoluer. Avec cette perspective dynamique autant qu'économique, la psychopathologie replace le climatère dans la dimension existentielle de l'individu. La ménopause troublée, c'est donc un accident de l'adaptation de l'individu à son milieu familial et social, à son milieu relationnel, dans le but de satisfactions maxima. Et la longue histoire de cette adaptation, commencée dès l'enfance, voit ici se jouer son dernier acte, un acte dont les ressorts s'étaient tendus dès les premières relations d'objet.

L'approche psychiatrique des troubles de la ménopause a mis en évidence l'impossibilité de se contenter d'une définition biologique du climatère et la nécessité d'inscrire en parallèle les entités psychologiques et sociales ; il apparaît, en effet, que si la période ménopausique peut être relativement facilement définie et limitée dans le temps par l'endocrinologue, il n'en est pas de même pour le psychiatre qui, soucieux des modifications des formules d'investissement et des bouleversements de l'économie interne, devra inscrire ces perturbations dans un contexte sociologique et psychologique.

L'extraordinaire polymorphisme des troubles psychiatriques du climatère a amené certains auteurs à nier toute entité pathogénique à l'âge critique ; c'est, semble-t-il, une attitude critiquable, car si, en effet, la pathologie du climatère n'est pas "originale" en soi (bien que d'ailleurs certains aspects lui soient spécifiques), on ne peut toutefois élucider la toute particulière fréquence des perturbations climatériques sans reconnaître à l'âge critique une vulnérabilité particulière quant au processus psychopathologique.

C O N C L U S I O N S

Le présent travail s'est attaché à analyser les manifestations psychologiques et les troubles psychiatriques du climatère sous les angles nosographique, séméiologique, physio- et psycho-pathologique.

Tout d'abord, la ménopause est définie et délimitée ; cependant, l'approche psychiatrique des troubles de la ménopause met en évidence l'impossibilité de se contenter d'une définition biologique, et la nécessité d'inscrire en parallèle les entités psychologiques et sociales.

Ainsi, pour l'endocrinologue, la ménopause apparaît-elle comme un processus relativement constant dans sa forme, et bien délimité dans le temps.

Il n'en est pas de même pour le psychiatre qui, soucieux des modifications des équilibres relationnels et des bouleversements de l'économie psychique liés au vieillissement, inscrit les perturbations dans un contexte psychologique et sociologique. Pour lui, la ménopause est un état évolutif faisant la somme d'événements psycho-affectifs difficiles à limiter dans le temps et à systématiser.

Une étude nosographique et séméiologique nous permet de situer les différents éléments des troubles psychiatriques du climatère ; sont distingués :

1°)- Des troubles mineurs :

- Certains sont décrits couramment sous le nom de troubles fonctionnels de la période ménopausique par les somaticiens ; ils sont le plus souvent liés à une tendance neurotonique exacerbée.

- D'autres appartiennent plus spécifiquement au domaine psychiatrique :

. des troubles du caractère et du comportement ne sont, en fait, que l'accentuation des signes d'une névrose ou d'une psychopathie préexistante ;

. des troubles des conduites instinctuelles sont plus spécifiques : conduites alimentaires et sexuelles.

2°)- Des troubles majeurs :

- D'ordre névrotique : soit décompensation d'une névrose authentique (hystérique, phobique ou obsessionnelle) préalable, décompensation qui se fait soit sur le mode d'une accentuation des symptômes, soit sous la forme d'une dépression névrotique où l'anxiété est souvent au premier plan, soit enfin par des émergences passionnelles sthéniques (jalousie, revendication).

- D'ordre psychotique :

Il faut d'abord souligner l'extrême fréquence de la dépression mélancolique, forme la plus fréquente des psychoses involutives. Elle est essentiellement polymorphe, mais y dominent certains éléments : relative absence d'inhibition que l'on met en parallèle avec l'importance de l'anxiété, ce qui a pu lui faire donner le nom de mélancolie anxieuse, intensité de l'activité hallucinatoire, importance du risque suicidaire.

Les états maniaques, le plus souvent inscrits dans un contexte cyclothymique, où l'on remarque l'importance des thèmes érotiques ou triviaux, qui peuvent se traduire par un désordre sexuel bruyant.

Les états délirants, soit sous forme de bouffées délirantes climatériques ou psychoses délirantes aiguës de la ménopause, soit sous forme d'états subaigus ou chroniques, parmi lesquels nous ne retiendrons que trois états majeurs : délire de relation des sensitives, délires érotomaniaques, paranoïa d'involution.

Le problème des épilepsies de la ménopause est envisagé. Leur existence même est discutée.

3°)- Les ménopauses chirurgicales sont envisagées séparément. Il est rappelé que la ménopause chirurgicale provoque d'emblée le stade de ménopause, et il est souligné le retentissement tout particulier de ces castrations vraies.

Cinq observations cliniques ont été choisies pour illustrer chacun des aspects majeurs des troubles psychiatriques du climatère et leurs circonstances particulières d'apparition :

- Obs. 1 : Mme P... : Blépharospasme hystérique survenant à la ménopause sur un terrain jusque là indemne.

- Obs. 2 : Mme M... : Décompensation sur le mode dépressif d'une névrose hystérique ancienne.

- Obs. 3 : Mme V... : Mélancolie d'involution.

- Obs. 4 : Mme H... : Etat mixte avec télescopage des accès chez une maniaco-dépressive typique jusque là.

- Obs. 5 : Mme V... : Apparition d'un état délirant chez une femme hystérectomisée ayant perdu son unique enfant.

Etio-pathogénie : Elle a été envisagée sous deux aspects :

- Endocrinologique, tout d'abord, en étudiant l'éventuelle relation de causalité existant entre les

modifications hormonales et les troubles climatériques. Il est fait état des divergences importantes dans l'appréciation d'une telle relation.

- Psycho-pathologique, ensuite, pour mettre en évidence les facteurs dits favorisants quant à une éventuelle décompensation. Cette étude a pu se définir dans une attitude circonférentielle allant du centre (le sujet) à la périphérie (le contexte social) en passant par un point intermédiaire (la famille).

Des considérations psychanalytiques sur le vécu particulier de la ménopause terminent cette étude. La ménopause y est approchée sous l'angle d'un bouleversement des équilibres d'investissements relationnels réalisés pendant la période d'activité génitale sous l'influence de la perte d'une fonction, mais aussi des circonstances existentielles diverses, familiales ou sociales. Le renoncement définitif, à la quête d'un idéal du moi narcissique, souvent mégalomaniaque, est à la base des mécanismes de la dépression qui se retrouvent constamment sous différents degrés.

Le très grand polymorphisme des troubles psychiatriques du climatère a amené certains auteurs à nier toute entité pathogénique à la période ménopausique. C'est, semble-t-il, une attitude critiquable, car si la pathogénie du climatère n'est pas originale en soi (bien que d'ailleurs certains aspects lui soient spécifiques), on ne peut élucider la toute particulière fréquence des perturbations climatériques, sans reconnaître à l'âge critique une vulnérabilité propre quant au processus psycho-pathologique.

VU & PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur
de l'Académie de Paris,

J. ROCHE

Le Doyen de la Faculté
de Médecine,

G. BROUET

Le Président
de la thèse,

J. DELAY

B I B L I O G R A P H I E

MULLER P. et LEVY G.- Les "crises nerveuses" en rapport avec l'appareil génital de la femme.- C.R. Soc. Franç. Gynéc., N° 7, 589-598, Nov. 1962.

NEUGARTEN B.L. et coll.- Les "symptômes de la ménopause" chez les femmes d'âges variés.- Psychos. Méd., 27, 266-273, Mai-Juin 1965 - (Anglais).

DUBUIS M.P.- Quelles sont les femmes destinées à une adaptation ménopausique difficile ? - Bull. Féd. Gynéc. Obstét. Franç., 16, 447-451, Sept.- Oct. 1964.

DUBLINEAU - Problèmes d'adaptation à la ménopause.- La Semaine des Hôpitaux de Paris, 1950, N° 47, 2287.

- Assises nationales sur la ménopause.- Assises Médecine, 21, N° 2 - Rapports - Discussion - Avril 1963, N° spécial, et 21, N° 1, Février 1963 (N° spécial).

- Enquête de la vie médicale sur la ménopause.- Vie Médicale, Enquête, Août 1959, N° spécial.

DUBOIS J.C.- Les troubles nerveux et psychiques de la ménopause climatérique.- Gynéc. Prat., 14, N°5,

375-383, 1963.

HARVIER - La ménopause. (Répercussion sur les plans gynécologique et psychique).- Revue Praticien, 3, N° 26, 11 Octobre 1953.

VEZIRIS - Données récentes sur la ménopause.- Société Moreau de Tours, 20 Décembre 1959.- Ann. Méd. Psychol., T. I, N° 3, 571-572, Mars 1960.

SIEGEL S. et coll.- Traitement par oestrogène-tranquillisant de la ménopause.- Clin. Méd. Winnetka, 8, 1955-1957, Octobre 1961 (Anglais).

BASAGLIA P. et coll.- Le rôle du système nerveux végétatif dans les syndromes neuro-psychiatriques de la ménopause.- Rass. Neurol. Vég., 15, 131-151, 31 Octobre 1961 (Italien).

O'NEILL D.- Emotions et cycle menstruel.- Practitioner, 184, 749-757, Juin 1960 (Anglais).

POMME B. et coll.- Aspects neuro-psychiques de la ménopause.- Vie Médicale, 40, 714-720, Août 1959.

LITKEWISCH H.- Régime anti-dépressant-tranquillisant chez les ménopausées.- J. Amer. Med. Wom. Ass. 18, 819, Oct. 1963 (Anglais).

HAZAN S.J. et coll.- La ménopause. Bouffées de chaleur. Fantaisie et dénégation.- Western. J. Surg., 71, 241-245, Nov.-Déc. 1963 (Anglais).

LAXENAIRE M.- Troubles neuro-psychiques de la ménopause.- Ann. Méd. Nancy, 2, 1609-1616, Nov. 1963.

MINVIELLE J.- Thérapeutiques "classiques" en rapport

avec les relations naturelles. IX- Applications à la psychiatrie (ménopause).- Montpellier Méd., 63, 233-241, Avril 1963.

ABELY - Les troubles neuro-psychiatriques de la ménopause.- Rapport aux Assises Françaises de Gynécologie, Nice, 14-17 Mai 1956.

MARANON - L'âge critique. - Alcan, Paris, 1934.

ELMALEH - Les hormones, régulateurs de l'équilibre mental.- Diagrammes, 47.

TOSQUES, RANSON et BENEUT - Troubles mentaux et glandes sexuelles.- E.M.G., Neuro-Psychiatric, T.II.

MENGER, ROUSSIN, DE LAPAUGE - Psychose ménopausique après un rapport sexuel insolite ; problème étiologique.- Annales Médico-psychologiques, 1958, T. I, p. 139.

ABELY, JOLIVET, DE BAUDOUIN et BLANC - Les syndromes délirants de la ménopause en dehors des syndromes mélancoliques.- Annales médico-psychologiques, 1954, T. I, p. 700-703.

GAYRAL et coll.- Troubles neuro-psychiatriques de la puberté et de l'âge critique.- Garnier, 1959.